



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

Consumo de Álcool e Vivência Psicológica da Gravidez – Uma Amostra Portuguesa Recolhida Online

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde –

Bárbara Oliveira Duarte Albuquerque Claro

Porto, Julho de 2019



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

Consumo de Álcool e Vivência Psicológica da Gravidez – Uma Amostra Portuguesa Recolhida Online

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde –

Trabalho efetuado sob a orientação da Professora Doutora Maria Raul
Lobo Xavier

Porto, Julho de 2019

Dedico aos meus pais.

Agradecimentos

Foi longo o caminho percorrido desde a minha entrada no curso de Psicologia até este momento, que simboliza o culminar de cinco anos de trabalho. Esta dissertação significa para mim, mais do que o rosto do empenho e do esforço neste ano final de Mestrado, a conclusão de uma etapa e o início de outra, não podendo deixar de expressar a minha gratidão para com as pessoas que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

À Professora Doutora Maria Raul Xavier, agradeço toda a sua disponibilidade, empenho e ajuda na orientação desta dissertação, que se traduziu em momentos de reflexão e crescimento. Obrigada por me ter permitido fazer parte do seu grupo de trabalho, acreditando nas minhas capacidades.

À Professora Carla Martins pela disponibilidade, conhecimentos transmitidos e colaboração nesta investigação.

Uma palavra de agradecimento a todas as grávidas que disponibilizaram o seu tempo para responder ao questionário, pois o seu contributo foi um elemento fundamental para este trabalho de investigação.

Ao Dr. Pedro Miguel Cunha, resumi-lo a meu orientador é muito pouco e tenho a certeza de que sente a importância que teve e tem para mim, não só na condução deste percurso final, mas também como sábio conselheiro nos momentos em que nada parece dar certo.

Obrigada Valentina pela amizade, carinho e companheirismo de sempre, por estares sempre a torcer pelas minhas conquistas.

À minha Avó Mimi, por ser tão orgulhosa de mim e das minhas conquistas, por ser a minha maior admiradora e acreditar sempre nas minhas capacidades. Agradeço a toda a minha família pelo apoio e incentivo incondicional.

Ao Cristiano pela presença, apoio e constante encorajamento.

Obrigada Sara pela amizade, compreensão e motivação.

Ao Bernardo, pelo amor, motivação e paciência que teve comigo, durante este longo percurso.

Aos meus pais, pelo apoio, amor e sacrifício. Obrigada por construírem comigo ferramentas importantes para o meu desenvolvimento. Tudo que consegui só foi possível graças ao vosso amor e dedicação que sempre tiveram por mim. Esta conquista não é só minha, mas nossa.

Resumo

O presente estudo teve como objetivo geral contribuir para um maior conhecimento dos padrões de consumo de álcool durante a gravidez em Portugal e compreender a sua relação com a vivência psicológica da gravidez.

Os dados foram recolhidos através de um questionário online que inclui um formulário inicial que permite recolher informação referente à caracterização sociodemográfica e também sobre a gravidez. Os instrumentos utilizados e incluídos neste questionário foram o Alcohol Use Disorder Identification Test – AUDIT e a Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade – EAGM. Os principais resultados confirmam a existência de consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez em mulheres grávidas portuguesas, sendo que 20,3% da nossa amostra revela consumo, apesar das recomendações de abstinência total do álcool durante a gravidez, pelo facto de ser desconhecida a existência de um limite seguro para este consumo. Os dados obtidos revelam ainda que as mulheres diminuem o consumo de álcool durante a gravidez. Não foram encontradas correlações significativas entre o consumo de álcool e a vivência psicológica da gravidez.

Sugere-se que se continue com esta linha de investigação de forma a aumentar a amostra, uma vez que existe a constatação da limitação de dados nacionais.

Palavras-Chave: Consumo de Álcool, Gravidez, Vivência Psicológica da Gravidez;

Abstract

The present study aimed to contribute to a greater knowledge about the patterns of alcohol consumption during pregnancy in Portugal and included its relation with the psychological experience of pregnancy.

Data were collected through an online questionnaire that includes an initial form that allows to collect information regarding the sociodemographic and pregnancy characterization. The instruments used and included in this questionnaire were: Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) and the Pregnancy and Maternity Attitudes Scale (EAGM). The main results confirm the existence of consumption of alcoholic beverages during pregnancy in Portuguese pregnant women, with 20.3% of our sample showing consumption, despite the recommendations of total abstinence from alcohol during pregnancy, by reason of the unknown existence of a safe limit for this consumption. The data also show that women reduce alcohol consumption during pregnancy. No significant correlations were found between alcohol consumption and the psychological experience of pregnancy.

It is suggested to continue this line of investigation in order to increase the sample, since there is a limitation of national data.

Keywords: Alcohol Consumption, Pregnancy, Psychological Experience of Pregnancy

Índice

Introdução.....	10
Parte I – Enquadramento Teórico	
1. Álcool e Consumo de Álcool na Gravidez.....	13
2. Consequências do Consumo de Álcool na Gravidez.....	16
3. Vivência Psicológica da Gravidez.....	19
4. Reflexões Sobre o Uso da Internet na Recolha de Dados.....	21
Parte II – Trabalho Empírico	
1. Objetivos e Hipóteses.....	23
2. Método	
2.1. Amostra.....	24
2.2. Instrumentos.....	26
2.3. Procedimentos	
2.3.1. Procedimento de recolha de dados.....	29
2.3.2. Procedimento de tratamento de dados.....	29
3. Resultados.....	30
4. Discussão.....	36
Conclusão.....	41
Referências Bibliográficas.....	44
Anexos.....	51

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização da Amostra – Dados Sociodemográficos

Tabela 2 – Caracterização da Amostra – Dados sobre a Gravidez

Tabela 3 – Níveis de Risco do AUDIT

Tabela 4 – AUDIT – Níveis de Risco Antes da Gravidez

Tabela 5 – Características Sociodemográficas e Consumo de Álcool Antes da Gravidez

Tabela 6 – Características Sociodemográficas e Consumo de Álcool Durante da Gravidez

Tabela 7 – Características da Gravidez e Consumos de Álcool Durante a Gravidez

Tabela 8 – AUDIT – Níveis de Risco Durante a Gravidez

Tabela 9 – AUDIT – frequências de consumo antes e durante a gravidez

Tabela 10 – AUDIT – quantidade de bebidas consumidas antes e durante a gravidez

Tabela 11 – AUDIT Total – antes e durante a gravidez

Tabela 12 – EAGM – associação de grávidas com consumos e sem consumos e as subescalas da EAGM

Tabela 13 – Correlações entre o Consumo de Álcool e as Subescalas da EAGM

Índice de Anexos

Anexo 1 – Questionário Online

Introdução

O presente estudo insere-se no âmbito do Mestrado em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa (FEP-UCP), tendo como tema o consumo de álcool por parte de mulheres grávidas portuguesas.

Esta investigação integra-se num projeto mais abrangente sobre a gravidez e o consumo de álcool em Portugal - Consumo de Álcool Durante a Gravidez em Mulheres Portuguesas – inserida no Centro de Estudos em Desenvolvimento Humano (CEDH), da FEP-UCP, com a coordenação da Professora Doutora Maria Raul Lobo Xavier. Este estudo apresenta como principal objetivo contribuir para um maior conhecimento dos padrões de consumo de álcool durante a gravidez em Portugal e compreender a sua relação com a vivência psicológica da gravidez.

O consumo de substâncias de abuso, nomeadamente de álcool é, hoje em dia, um tema de grande preocupação (e.g., OMS, 2018). A Organização Mundial de Saúde (OMS) esclarece que não existe um nível seguro para o consumo de álcool durante a gravidez (e.g., OMS, 2016). O álcool é uma substância que revela a sua utilização difundida em quase todo o mundo (e.g., Grinfeld, 2009), sendo estimada uma taxa de 9,8% de prevalência global de consumo de álcool durante a gravidez (Popova, 2017). Em Portugal, o álcool é a substância psicoativa mais consumida. No Relatório Anual de 2018, sobre a Situação do País em Matéria de álcool – verifica-se que na população feminina de 15-74 anos residente em Portugal, as prevalências de consumo de qualquer bebida alcoólica foram 91,7% ao longo da vida (SICAD, 2017).

A exposição intrauterina ao álcool, resultante da ingestão de bebidas alcoólicas pela grávida, pode conduzir a vários efeitos severos sobre o feto e para toda a vida (e.g., Denny, Coles, & Blitz, 2017). Referimo-nos, às Perturbações do Espectro Alcoólico Fetal (PEAF), que agrupam as várias condições no embrião, feto, criança ou adulto resultantes da exposição pré-natal ao álcool, que incluem desde alterações físicas, mentais e comportamentais, a problemas de aprendizagem. A terminologia PEAF é considerada um termo “guarda-chuva” que descreve os vários efeitos que podem ocorrer após a exposição pré-natal ao álcool (e.g., Popopa et al., 2016). O quadro clínico mais grave resultante da exposição pré-natal ao álcool caracteriza-se

pela Síndrome Alcoólica Fetal (SAF). Esta é definida como um padrão de anomalias e défices no desenvolvimento, encontrados em crianças expostas ao álcool no período pré-natal (e.g., Coles et al., 2016). Embora a investigação sobre os efeitos relatados do consumo pré-natal de álcool baixo a moderado sejam inconclusivos (e.g., Lundsberg et al., 2015), os trabalhos apontam claramente para consequências graves nos consumos de maiores quantidades, sendo que não se conhece uma quantidade segura na exposição durante este período. Isto justifica um consenso considerável em relação à importância das estratégias de prevenção nesse campo e a indicação para que não existam consumos durante a gravidez (e.g., Mamluk et al, 2017).

A pertinência deste estudo prende-se essencialmente com a escassez de dados sobre o consumo de álcool durante a gravidez, no que diz respeito ao âmbito nacional: por exemplo, um dos estudos existentes integra uma amostra de Lisboa e Vale do Tejo (SICAD, 2015) e os trabalhos da nossa equipa de investigação têm vindo a ser realizados essencialmente com grávidas do norte do país (e.g., Xavier, Martins & Dias, não publicado). Esta escassez de informações respeitantes a todo o país, traduz-se numa limitação que este estudo pretende ajudar a ultrapassar. Em Portugal, o objetivo de diminuir a exposição ao álcool e as suas consequências nefastas em crianças por nascer estava já definido no Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012 (IDT, 2011) e é reforçado no Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020 (SICAD, 2013). Também internacionalmente é sublinhada a importância da prevenção (e.g., OMS, 2014).

A gravidez e a maternidade, mais do que acontecimentos e embora com durações temporais diferentes, são processos. Do ponto de vista psicológico, são processos dinâmicos, de construção e desenvolvimento (e.g., Canavarro, 2001; Xavier 2000). O desenvolvimento psicológico ao longo da gravidez pode ser conceptualizado numa sequência de fases, que se iniciam, desenvolvem e terminam, criando soluções para as tarefas antecedentes e oferecendo lugar aos conflitos e tarefas posteriores (Monforte & Mineiro, 2006). A gravidez integra-se no todo da vida da mulher, relacionando-se com quem é, os seus hábitos de vida, as suas experiências passadas, o seu presente e as suas expectativas quanto ao futuro. Desde modo, sendo um processo fácil ou difícil, gratificante ou não, é sempre uma mudança (Xavier, 2000). A gravidez corresponde a uma mudança a vários níveis e, neste sentido, pode também fazer parte deste período a alteração de alguns hábitos

e estilos de vida da mulher, tornando-se assim importante explorar a forma como cada mulher vivência o período da gravidez.

Quase metade dos Estados-Membros da União Europeia já implementaram campanhas para aumentar a conscientização sobre os riscos da utilização do álcool durante a gravidez. Proteger jovens, crianças e bebés do álcool, é uma das áreas de ação sensibilizadora prioritária identificada na Estratégia da União Europeia (UE) (Eurocare, 2011). De dois em dois anos, a Eurocare organiza eventos no Parlamento Europeu para sensibilizar os políticos sobre os problemas do consumo de álcool durante a gravidez (Eurocare, 2011). Assim, torna-se fundamental conhecer a os padrões destes consumos para que seja possível implementar medidas preventivas.

Atualmente, numa realidade em que tudo aponta para o investimento numa intervenção preventiva, evitando o consumo de álcool por parte das mulheres grávidas, considera-se fundamental conhecer a realidade deste tipo de consumo. A compreensão da prevalência do consumo de álcool, é um aspeto importante para a prevenção das consequências associadas ao uso desta substância durante a gravidez. Assim, torna-se pertinente conhecer os tipos de consumo de álcool durante a gravidez em Portugal, para que seja possível prevenir e intervir adequadamente (Xavier, 2002).

O tema álcool e vivência psicológica da gravidez, nomeadamente quando nos referimos a uso, mas não abuso, é um tema pouco explorado na investigação científica, não se encontrando bibliografia que explore conjuntamente estas duas dimensões. Torna-se deste modo importante adquirir um maior conhecimento sobre a temática que permita não só a identificação de padrões de consumo como também perceber a sua relação com a vivência psicológica da gravidez, em ordem à organização de informação atual e consistente quanto ao fenómeno, para cada vez melhor se poder prevenir e intervir. Este trabalho procura ser uma contribuição neste caminho e, tanto quanto é do nosso conhecimento, é o primeiro estudo sobre o tema realizado em Portugal em que os dados são obtidos online e também o primeiro com uma amostra de âmbito nacional.

Relativamente à estrutura da presente dissertação, esta encontra-se agrupada em duas partes. A primeira, corresponde ao Enquadramento Teórico, na qual é realizada uma contextualização do tema, assente numa revisão crítica da literatura relevante, apresentando vários conceitos e conhecimentos relativos ao consumo de

álcool na gravidez e os seus efeitos, bem como o tema da vivência psicológica da gravidez. Uma vez que vivemos num mundo cada vez mais tecnológico e considerando um conjunto de vantagens que serão exploradas posteriormente, optamos por realizar uma recolha de dados online. Assim, foi também organizado um capítulo onde são apresentadas algumas considerações sobre este método de recolha de dados.

Nesta segunda parte, será apresentado o estudo realizado, integrando os objetivos e as hipóteses do mesmo, a descrição e caracterização da amostra, os instrumentos utilizados nesta investigação, assim como os procedimentos de recolha e análise dos dados. Nesta última parte, são também apresentados os resultados do estudo e feita a discussão dos mesmos. Finalizamos com uma reflexão final sobre a investigação realizada.

Parte I - Enquadramento teórico

1- Álcool e Consumo de Álcool na Gravidez

O álcool é uma substância que pela sua composição causa dependência e o seu consumo em excesso constitui um grave problema de saúde pública, podendo interferir simultaneamente na vida pessoal, familiar, escolar, ocupacional e social do consumidor (e.g., Cabral, 2004). A OMS divulgou o Relatório Global sobre Álcool e Saúde 2018 (OMS, 2018), que traz informações sobre o consumo de álcool no mundo. De acordo com este estudo, estima-se que globalmente, em 2016, 57% da população (com 15 anos ou mais) não consumiu álcool nos últimos 12 meses. Quase metade da população adulta global (44,5%), que diz respeito a 2,429 biliões de pessoas da população com mais de 15 anos, nunca consumiu álcool. Cerca de 2,348 biliões de pessoas (43% da população) são bebedores atuais (OMS, 2018). Mais de metade da população feminina do mundo com 15 ou mais anos nunca beberam (54,6% ou 1,489 bilião; para homens os valores são: 34,5% ou 941 milhões) (OMS, 2018). A Europa continua a ser a região do mundo que mais consome bebidas alcoólicas. Em todas as regiões da OMS, as mulheres bebem com menos frequência que os homens. De acordo com os dados epidemiológicos da OMS (2014), a percentagem de mulheres consumidoras de álcool na Europa assume-se como a segunda mais elevada de todas as regiões estudadas. No que diz respeito ao consumo geral de bebidas alcoólicas na

população portuguesa, no Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (2016/2017), realizado na população de 15-74 anos residente em Portugal, as prevalências de consumo de qualquer bebida alcoólica foram de 85% ao longo da vida, 58% declararam consumos recentes (nos últimos 12 meses) e 49% da população declarou consumos no decorrer dos últimos 30 dias, sendo estes valores um pouco inferiores aos do grupo de 15-34 anos (83%, 52% e 41%). No que diz respeito à prevalência de consumo de alguma bebida alcoólica nos últimos 30 dias, o grupo feminino apresenta uma percentagem de 37,1% e o grupo masculino 60,7% (Balsa, Vital, & Urbano 2017).

O consumo de álcool durante a gravidez tem estado no centro de muitos estudos científicos (e.g., Popova et al., 2017; Mamluk, et al., 2017) e das preocupações sociais e políticas no mundo e na UE (e.g., OMS, 2016). O consumo de álcool pode resultar em consequências não apenas para a pessoa que consome, mas também para outros indivíduos associados à pessoa que bebe. Um exemplo clássico desse prejuízo, é o dano causado pelo consumo de álcool durante a gravidez, visto que o álcool é um agente teratogénico que atravessa rapidamente a placenta, resultando em danos no cérebro e em órgãos do embrião e do feto em desenvolvimento (e.g., Sarman, 2018)

Quanto às mulheres grávidas, uma revisão sistemática publicada em 2017 forneceu dados de prevalência populacional global sobre o consumo de álcool durante a gravidez (Popova et al., 2017). Esta investigação assegurou que aproximadamente 10% das mulheres na população geral em todo o mundo consomem álcool durante a gravidez (Popova et al., 2017). Na região Europeia da OMS a prevalência média de consumo de álcool durante a gravidez foi a mais alta (25,2%) (Popova, Lange, Probst, Gmel, & Rehm, 2017).

Considerando o consumo de álcool na gravidez, os dados nacionais sobre a problemática são limitados, dizendo respeito a amostras reduzidas e/ou zonas geográficas delimitadas. Por exemplo, num trabalho do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD, 2015), com uma amostra de 1104 grávidas de Lisboa e Vale do Tejo, 80,7% responderam “Nunca” relativamente à “frequência do consumo de bebidas alcoólicas após o conhecimento da gravidez”, 11,3% referiu consumos “Menos de 1 vez por mês”, 6,4% respondeu, “1 a 3 vezes por mês”, 1,4% “1 a 4 vezes por semana” e 0,2% respondeu “5 ou mais vezes por

semana”. Dados da nossa equipa de investigação recolhidos no Norte do país indicam que 17% das grávidas revelam consumos durante a gravidez (Xavier, Martins, & Dias, não publicado). Um estudo publicado em 2009 (integrado no estudo Geração XX) com uma amostra de 249 mulheres, indica que a percentagem de mulheres que afirmam ter consumido bebidas alcoólicas antes da gravidez diminuiu de 36.6% para apenas 13,3% durante a gravidez. Também outro trabalho resultante do Geração XXI aponta para consumos de 7,9% (primeiro trimestre) e em 15,8% (terceiro trimestre) por parte das grávidas participantes do estudo (N=101) (Pinto, Severo, Correia, dos Santos Silva, Lopes, & Barros, 2010).

O consumo de bebidas alcoólicas na gravidez poderá estar associado à falta de informação sobre os riscos da exposição pré-natal ao álcool, o que torna a prevenção fundamental, uma vez que a melhor forma de prevenir consiste em informar as grávidas sobre os malefícios do consumo de álcool antes e durante a gravidez (e.g., López & Arán-Filippetti, 2014). Deste modo, considera-se elementar o conhecimento sobre os riscos relacionados a qualquer tipo de consumo de álcool durante a gravidez de modo a que seja possível implementar medidas de cariz preventivo e de sensibilização. Para tal, é indispensável conhecer a realidade da situação destes consumos.

A gravidez pode ser uma oportunidade para as mulheres, os seus parceiros e outras pessoas com quem coabitam alterarem os padrões de consumo de álcool (DGS, 2015). Os profissionais de saúde devem estar preparados para intervir ou referenciar para serviços especializados, grávidas que são identificadas com consumos de álcool. Neste sentido, as intervenções preventivas deverão fornecer a informação apropriada sobre os riscos associados a este consumo. Desde 1994, o Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (EUA) (Committee on Prevention of Mental Disorders, 1994) tem apoiado um modelo de prevenção no campo da saúde mental e das perturbações relacionadas com o uso de álcool e drogas, que integra conhecimento sobre os níveis de risco para uma prevenção eficaz. Este modelo deu lugar a três estratégias básicas de prevenção - prevenção universal para níveis de risco desconhecidos ou variáveis, entre uma dada população; prevenção seletiva para fatores de risco comuns numa determinada população e também uma prevenção indicada para fatores de risco específicos, para um determinado grupo de indivíduos que já apresentem resultados potencialmente

negativos (O'Connell, Boat, & Warner, 2009). Apesar de sabermos que a prevenção universal alcança um maior número de indivíduos e não custa tanto a implementar, é apenas com estratégias seletivas e indicadas (potencialmente mais caras) que somos capazes de lidar com grupos que apresentam uma relação maior e mais severa com o risco (Committee on Prevention of Mental Disorders, 1994).

Em Portugal, o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015), menciona um conjunto de procedimentos que os profissionais de saúde que acompanham a gravidez devem cumprir, contribuindo para que não existam consumos durante a gravidez. Neste sentido algumas dessas indicações dizem respeito a: questionar todas as grávidas sobre ao consumo de álcool, em cada consulta, aconselhar as grávidas sobre os riscos do consumo, disponibilizar intervenções para a cessação do consumo de álcool e referenciar para ajuda especializada as grávidas que não são capazes de abandonar os consumos; envolver os parceiros e outros membros da família promovendo o abandono do consumo e ainda implementar métodos de deteção precoces e de intervenções breves pelos profissionais que acompanham a grávida. Por fim, mas não menos importante, o programa alerta para importância de reforçar que não existe uma dose segura para o consumo de álcool (DGS, 2015).

2- Consequências do Consumo de Álcool na Gravidez

A utilização de substâncias psicoativas por parte de mulheres durante o período de gestação, assim como as suas consequências nos recém-nascidos, tem sido foco de estudos científicos variados (e.g., López & Arán-Filippetti, 2014). O consumo de álcool durante a gravidez, tem sido estudado como uma das principais causas que afetam o desenvolvimento do feto (OMS, 2006).

A OMS informa que em algumas situações o uso do álcool não é recomendado nem em pequenas quantidades, entre as quais se destacam as mulheres grávidas ou mulheres que estão a tentar engravidar (e.g., Humeniuk, Henry-Edwards & Meena, 2010). Esta ingestão durante o período de gestação, constitui-se um risco tanto para a saúde materna, quanto para a do feto uma vez que, quando o álcool atravessa a barreira placentária, a quantidade de álcool no sangue do feto e da mãe são idênticas.

Durante a gravidez, o consumo de álcool pode estar associado a um aumento do risco de aborto espontâneo, ser a causa de malformações fetais, baixo peso à

nascença, défices intelectuais e alterações comportamentais (DGS, 2015) que se manifestam mais tarde na infância, na adolescência ou ao longo da vida (e.g., Xavier, 2011)

A descrição abrangente dos padrões clínicos de defeitos congénitos em crianças expostas ao álcool durante a vida fetal foi explicada por dois pediatras americanos pela primeira vez em 1973, quando utilizaram o termo Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), mas já em 1967 Paul Lemoine tinha descrito características de crianças expostas ao álcool durante a gestação. Os seus trabalhos impulsionaram uma investigação intensiva que foi realizada desde então para compreender os mecanismos dos défices causados pela exposição pré-natal ao álcool (Sarman, 2018). A SAF refere-se a uma constelação de anormalidades físicas, comportamentais e cognitivas que ocorrem na criança como resultado do consumo de álcool durante a sua gestação (Jones & Smith, 1973). Esta síndrome é a causa mais conhecida de défice cognitivo na civilização ocidental e caracteriza-se por um padrão específico de anomalias faciais (e.g., fissuras palpebrais curtas, lábio superior fino, hipoplasia no maxilar e nariz curto), problemas ao nível do crescimento (e.g. peso inferior ao esperado para idade) e alterações a nível do Sistema Nervoso Central (e.g. microcefalia, irritabilidade, tremores) (e.g., López & Arán-Filippetti, 2014) e está associada ao consumo de grandes quantidades.

De acordo com Popova e colaboradores (2017) o consumo de álcool durante a gravidez é uma causa estabelecida da SAF. Os critérios mínimos para o diagnóstico de SAF são: atraso de crescimento pré ou pós-natal; envolvimento do sistema nervoso, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor e alteração do coeficiente de inteligência e do comportamento e dimorfismo facial. Pelo menos dois dos sinais apresentados a seguir devem estar presentes: microcefalia, microftalmia, fissura palpebral pequena, filtro nasal hipoplásico com lábio superior fino e hipoplasia do maxilar. No entanto, as patologias atrás descritas podem ser 100% prevenidas com a abstinência total de álcool, quando a mulher está grávida (Fonseca, 2008).

A SAF deverá ser amplamente reconhecida como um problema evitável e, como tal, existe uma necessidade urgente de programas de prevenção destinados a alterar o comportamento do consumo de álcool durante a gravidez (Popova et al., 2017). As investigações atuais mostram que, a cada ano, mais de 100 mil crianças nascem com SAF em todo o mundo (Popova et al., 2017). No âmbito do European Surveillance Of Congenital Anomalies (Eurocat, 2012), estima-se que entre 2006 e

2010 ocorreram 222 casos de SAF por cada 10.000 nascimentos. No mesmo período, Portugal reportou 1 caso por 10.000 nascimentos (Eurocat, 2012).

Assim, a SAF - mais grave das consequências relacionadas com o consumo de álcool durante a gravidez - juntamente com os restantes tipos de consequências integradas nas PEAf, constituem um conjunto de termos diagnóstico e sintomas resultantes da exposição pré-natal ao álcool (e.g., Keegan, Parva, Finnegan, Gerson, & Belden, 2010). As PEAf, estão associadas a uma ampla gama de efeitos negativos, incluindo dano cerebral permanente, anomalias congénitas, restrição do crescimento pré-natal ou pós-natal e características faciais dimórficas, juntamente com alterações cognitivas, comportamentais e emocionais (Popova et al., 2017). As mulheres que consomem álcool durante a gravidez, colocam os seus filhos em risco de desenvolver PEAf, e podem experienciar uma série de outros resultados adversos da gravidez, como morte prematura, aborto espontâneo, nascimento prematuro, baixo peso no nascimento ou atraso do crescimento intrauterino (Popova et al., 2017). Mais tarde, estes efeitos podem conduzir a défices secundários, como insucesso escolar, abuso de substâncias, problemas de saúde mental, contacto com a aplicação da lei e incapacidade de viver de forma independente e obter/manter emprego (Popova et al., 2017). A Eurocare (2011) estima que cerca de 5 milhões de europeus nasçam com anomalias e perturbações do desenvolvimento associadas ao consumo de álcool na gravidez.

Também em Portugal a Direção Geral de Saúde/Ministério da Saúde (e.g., DGS, 2015) defende que grávidas e mulheres que planeiam engravidar devem ser aconselhadas a abandonar o consumo de álcool. A indicação baseia-se na evidência empírica que não permite identificação de dose mínima segura na gravidez, considerando-se – tal como a OMS - como medida preventiva o não consumo.

3- Vivência Psicológica da Gravidez

Todo o ser humano, no decorrer da vida, passa por transformações (e.g., Monforte & Mineiro, 2006). No entanto, existem certas fases nas quais as alterações que ocorrem no nosso corpo e mente, nos nossos relacionamentos e compromissos, são particularmente importantes e rápidas. Nestas, certamente se situa a gravidez, que constitui uma etapa da vida onde se vão processar profundas alterações na mulher (Monforte & Mineiro, 2006).

A gravidez é um processo que corresponde a um período, que medeia a concepção e o parto, de cerca de 40 semanas (e.g., Canavarro, 2001). Esta é vista como um período que desencadeia na mulher alterações e adaptações, tanto ao nível do seu corpo, bem como no seu funcionamento psicológico, fundamentais para promover o desenvolvimento do bebé e o ajustamento às futuras tarefas da parentalidade (e.g., Canavarro, 2011; Xavier, 2000). A forma como se vivem estas transições e transformações é individual (e.g., DGS, 2015). A gravidez e a maternidade são normalmente descritas como uma das tarefas desenvolvimentais mais significativas da idade adulta. De facto, a gravidez, especialmente a primeira, envolve uma reorganização a todos os níveis: biológico, cognitivo, emocional, relacional e social, transformando a relação da mulher com o seu corpo, o seu self e as suas figuras significativas e a sua comunidade, constituindo-se assim como uma transição desenvolvimental (Meireles & Costa, 2004).

Gerar (uma nova pessoa), traduz uma adaptação a uma nova situação (ser mãe) e uma modificação fisiológica corporal e emocional (DGS, 2015). É, assim, possível destacar a gravidez como um acontecimento de vida que reúne claramente os dois níveis de mudança, pois (a) ao nível da vivência corporal, são óbvias as drásticas mudanças e experiências corporais e, (b) ao nível do processo de desenvolvimento da identidade, é evidente o forte desafio que é colocado pelo novo papel (Meireles & Costa, 2004). De acordo com Xavier (2000) a gravidez envolve uma necessidade de reestruturação e de reajustamento de várias dimensões. Esta pode ser considerada, do ponto de vista desenvolvimental, um momento de crise que se revela como um momento de vida significativo no qual a mulher vê-se forçada a lidar e reviver sentimentos e vivências passadas com o intuito de as atualizar e originar respostas mais ou menos adaptativas consoante as possibilidades de cada um (Xavier, 2000). A noção de crise está diretamente associada à mudança e ao stress (Boss, 1988). Deste modo, ao contrário do veiculado no senso-comum, stress não implica necessariamente sofrimento, mas sim necessidade de reorganização (Canavarro, 2001).

Colman e Colman (1994) descrevem as 6 tarefas de desenvolvimento pelas quais as mulheres grávidas passam e onde enfrentam vários acontecimentos psicológicos característicos do processo gravídico. A primeira tarefa centra-se na aceitação da realidade da gravidez, reconhecimento que faz com que, numa fase inicial, a mulher se sinta ambivalente entre o desejo e o receio da gravidez. Esta fase

de aceitação é fundamental para que a mulher possa progredir nas tarefas subsequentes (Canavarro, 2001). A segunda tarefa traduz-se na aceitação do feto, fase caracterizada por uma viragem importante no processo psicológico da gravidez, pois constitui o ponto de partida para a diferenciação mãe-feto (Canavarro, 2001). A terceira tarefa foca-se numa reavaliação por parte da mulher da relação passada e presente com os seus próprios pais, uma vez que, para que a esta se sinta confortável com a sua identidade e papel materno, é necessário que, numa primeira etapa, consiga integrar as experiências positivas e negativas que teve como filha (Canavarro, 2001). A quarta tarefa diz respeito à reavaliação e reestruturação da relação com o conjugue/companheiro, pois nesta fase o casal tem que integrar um novo membro na família. Assim sendo, é necessário um reajuste no seu plano afetivo, na sua rotina diária e no seu relacionamento sexual (Canavarro, 2001). Na quinta tarefa, a grávida deve aceitar o bebé como um ser individual. Esta fase inicia-se no último trimestre da gravidez, onde surgem os sentimentos centrados na hora do parto, mas também o desejo de conhecer o filho (Canavarro, 2001).

Por fim, a última tarefa, mas não menos importante, que a mulher deve realizar, é o reavaliar e reestruturar a sua própria identidade. Assim, torna-se fundamental reavaliar as perdas e ganhos que a maternidade introduziu e aceitar as mudanças decorrentes do processo (e.g. Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994; Xavier, 2000).

4 – Reflexões Sobre o Uso da Internet na Recolha de Dados

A recolha de dados desempenha um papel importante em todos os estudos. Fatores como as características da população-alvo, recursos disponíveis e a sensibilidade do tema de interesse determinam o método de recolha de dados escolhido. Com a forte utilização da Internet, a investigação está rapidamente a passar de formatos de investigação em papel, para estudos realizados através da Internet (Terluin, Brouwers, Marchand, & de Vet, 2018).

Tradicionalmente, os questionários/instrumentos foram desenvolvidos e validados em formatos de papel. No entanto, ao longo das últimas décadas, o recurso a suportes eletrónicos é cada vez mais utilizado (Terluin, Brouwers, Marchand & de Vet, 2018), pois parecem existir uma série de benefícios oferecidos pelo novo formato, nomeadamente a redução de custos, uma maior facilidade de divulgação, bem como

uma melhor precisão e codificação de dados (Dillman, 2007). Geralmente, a recolha de dados online melhora a qualidade dos dados, uma vez que as verificações de validação podem ser incorporadas com avisos que alertam os participantes quando inserem respostas implausíveis. Os questionários online podem também ser organizados de modo a não permitirem que o participante avance sem que responda a questões prévias obrigatórias. Isto ajuda a que os dados sejam completos e não existam informações em falta, que muitas vezes dificultam a análise dos dados e/ou impossibilitam a integração do participante no estudo. Para além disso, como os dados são inseridos eletronicamente e podem ser automaticamente transformados num formato analisável, os erros no processo de introdução e codificação de dados são também evitados (e.g., Bech & Kristensen, 2009). Assim, são também identificadas vantagens que incluem a redução da carga administrativa, prevenção de não-resposta de itens e, em muitos casos, redução de custos (Terluin, Brouwers, Marchand & de Vet, 2018). O tempo de resposta a todas as perguntas num questionário realizado na internet foi estimado em cerca de metade do tempo necessário para responder ao mesmo número de perguntas numa entrevista por telefone ou papel (Coyne, et al., 2009). Os investigadores podem também ajustar imediatamente os questionários online para resolver problemas imprevistos, incorporar resultados preliminares ou novos desenvolvimentos. Pode ainda ser utilizado um sistema de envio automático de lembretes por e-mail e convites para o preenchimento de questionários para os participantes do estudo (Huntington et al., 2009).

Para além disso, quando utilizamos instrumentos de autorrelato, preenchidos em circunstâncias onde outras pessoas estão presentes, existe um conjunto de fatores envolvidos na resposta, como a desejabilidade social, o receio do não anonimato e confidencialidade (embora garantidos no estudo) e outros fatores, que poderão interferir nas respostas. Assim, no estudo de temas sensíveis, como o consumo de álcool durante a gravidez, que abarca conteúdo altamente sensível, a recolha de dados online tende a provocar uma menor desejabilidade social (Booth-Kewley, Larson, Miyoshi, 2007). Em questionários online, os participantes apresentam uma maior probabilidade de expressar emoções genuínas e uma menor inibição e autorrelatos mais verdadeiros. Para além disso, a taxa de não-resposta é inferior. Por exemplo, o estudo de Booth-Kewley e colegas (Booth-Kewley, Larson, Miyoshi, 2007),

mostrou que a recolha de dados online potencia mais relatos de consumo de álcool e comportamentos sexuais de risco

Estudos com mais alguns anos identificaram duas principais desvantagens que podem dificultar a utilização de questionários online na investigação: taxas relativamente altas de não resposta em comparação com os modos tradicionais de recolha de dados e preocupações quanto à confiabilidade e validade dos dados obtidos (e.g., Best, Krueger, Hubbard & Smith, 2001). No entanto, estas desvantagens apresentadas parecem estar atualmente potencialmente ultrapassadas. Foram também identificadas outras desvantagens como: respostas incompletas (no entanto, com os programas atuais é possível garantir que o participante responda a todas as questões) e respostas inaceitáveis quando devido a erros de introdução, os participantes fornecem dados insatisfatórios (por exemplo, texto inserido onde foi solicitado um número, ou vice-versa). Também são referidas múltiplas submissões: seja por erro de introdução de dados ou apenas por curiosidade, os participantes podem submeter respostas mais do que uma vez (Schmidt, 1997).

São vários os estudos que mostraram que as mulheres grávidas estão cada vez mais a utilizar a internet na procura de informações sobre a gravidez (e.g., Lagan et al., 2006; Lagan et al., 2011). A internet é muitas vezes a primeira fonte de informações sobre este período (Lagan et al., 2011). Um estudo realizado em 2017, com uma amostra de 349 mulheres, sobre a internet como fonte de informação utilizada pelas mulheres para atender às suas necessidades de informação, indicou que durante a gravidez, 90,9% das participantes relataram procurar informações sobre a gravidez na internet. Todas as mulheres que tiveram acesso à internet pareciam utiliza-la para procurar informações, independentemente da idade, da idade do bebé ou do estatuto socioeconómico (Slomian, Bruyère, Reginster & Emonts, 2017).

Considera-se que através deste método de recolha de dados será possível estimar a prevalência do consumo de álcool durante a gravidez.

- **Parte II – Método**

1. Objetivos e hipóteses

O presente estudo teve como objetivo geral contribuir para um maior conhecimento dos padrões de consumo de álcool durante a gravidez em Portugal e compreender a sua relação com a vivência psicológica da gravidez. Desta forma, o estudo seguirá uma linha hipotético-dedutiva dado que são colocadas hipóteses e se tenta estabelecer uma relação entre as variáveis presentes no objetivo geral. Assim sendo, a metodologia utilizada será de cariz quantitativo. Será utilizada a estatística inferencial de modo a permitir retirar conclusões acerca da população-alvo, com base nos resultados obtidos na amostra daí recrutada (Martins, 2011).

Partiu-se da revisão da bibliografia realizada para a elaboração dos objetivos do trabalho e hipóteses. Quanto aos objetivos específicos:

- A.** Explorar a prevalência de consumos de álcool antes da gravidez descritos por um grupo de mulheres grávidas portuguesas a partir de um formulário online.
- B.** Conhecer as características sociodemográficas das mulheres que revelam consumos antes da gravidez.
- C.** Explorar a prevalência de consumos de álcool durante a gravidez descritos por um grupo de mulheres grávidas portuguesas a partir de um formulário online.
- D.** Conhecer as características sociodemográficas e da gravidez das mulheres que revelam consumos durante a gravidez.
- E.** Explorar a existência de diferenças entre os consumos de álcool antes e durante a gravidez.
- F.** Caracterizar os padrões de vivência psicológica da gravidez das mulheres que revelam consumos durante a gravidez e das que revelam não consumir.
- G.** Compreender a relação existente entre consumo de álcool durante a gravidez (avaliado segundo o Alcohol Use Disorders Identification Teste - AUDIT) e a vivência psicológica da gravidez (avaliada pela Escala de Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade – EAGM).

Para o efeito, foram elaboradas as seguintes hipóteses de investigação:

H1: Existem consumos de álcool antes da gravidez.

H2: Existem consumos de álcool durante a gravidez.

H3: Existem diferenças entre os consumos antes e durante a gravidez, sendo que estes são menores na gravidez.

H4: Existem diferenças entre as mulheres que descrevem consumos de álcool na gravidez e as que descrevem não consumir no que diz respeito às características sociodemográficas.

H5: Existem diferenças entre as mulheres que descrevem consumos de álcool na gravidez e as que descrevem não consumir no que diz respeito às características da gravidez.

H6: Existem diferenças quanto à vivência psicológica da gravidez entre mulheres que descrevem consumos e as que descrevem não consumir, durante a gravidez.

H7: Existem correlações entre dimensões da vivência psicológica da gravidez (nomeadamente nas seguintes dimensões: filho Imaginado, boa mãe, gravidez como fator de mudança/crescimento pessoal, aspetos difíceis da gravidez/maternidade, relação com a própria mãe, apoio do marido/companheiro, imagem corporal e necessidade de dependência) e o consumo de álcool.

2. Método

2.1. Amostra

Neste estudo participou um grupo de mulheres portuguesas grávidas que responderam a um questionário online. Os critérios de inclusão na investigação consistem em mulheres grávidas portuguesas que se encontrem em qualquer fase da gravidez e sejam utilizadoras de internet. Neste sentido, a amostra do presente estudo

é constituída por um grupo de 369 mulheres grávidas das várias zonas do país. A média de idades da amostra é de 30,7 (desvio padrão de 5,05), variando entre os 18 e os 52 anos. A média do tempo de gravidez é de 27,9 com um desvio padrão de 9,79, variando entre a primeira semana e 42 semanas. Seguidamente é apresentada a caracterização da amostra (dados sociodemográficos e sobre a gravidez):

Tabela 1. Caracterização da Amostra – Dados Sociodemográficos

	N	%
Idade		
Até 20	10	2,7
21 a 24	19	5,1
25 a 29	119	32,2
30 a 34	139	37,7
35 a 39	66	17,9
40 ou mais	16	4,3
Escolaridade		
2º ou 3º Ciclo Ensino Básico	15	4,1
Ensino Secundário	117	31,7
Licenciatura ou Mestrado	226	61,2
Doutoramento	11	3,0
Situação Laboral		
Empregada	300	81,3
Desempregada	69	18,7
Estado Civil		
Solteira	56	15,2
Casada	161	43,6
Divorciada	5	1,4
União de Facto	157	42,5
Problemas de Álcool na Família		
Não	249	67,5
Sim	99	26,9
Fumar Antes da Gravidez		
Não	171	46,3
Sim	116	31,4
Local de Habitação		
Norte	170	46,1

Centro	60	16,3
Lisboa	115	31,2
Sul	17	4,6
Ilhas	7	1,9

Tabela 2. Caracterização da Amostra - Dados sobre a Gravidez e

	N	%
Planeamento da Gravidez		
Não	74	20,1
Sim	295	80,0
Acompanhamento Médico		
Médico Privado	74	20,1
Centro de Saúde	134	36,3
Fumar Na Gravidez		
Não	249	67,5
Sim	38	10,3
Filhos Anteriores		
Não	233	63,1
Sim	136	36,9
Número Gravidezes Anteriores		
0	116	50,7
1	70	30,6
2	29	12,7
3	10	4,4
4	2	0,9
5	2	0,9

2.2. Instrumentos

As participantes responderam a um Questionário Online (anexo 1) que se inicia com um formulário (consentimento informado) em que se explica os objetivos do trabalho, garantindo a confidencialidade e anonimato dos dados. Após aceitação de participação no estudo, encontra-se um conjunto de questões que permitem recolher informação referente à caracterização sociodemográfica (idade, estado civil, nível de escolaridade, profissão, situação laboral, entre outros) e também sobre a gravidez

(tempo da gravidez, se a gravidez foi planeada, acompanhamento médico da gravidez, se esteve grávida anteriormente, número de filhos, se fuma, entre outros).

Este questionário inclui ainda os dois instrumentos utilizados neste estudo: o *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001; versão portuguesa: Cunha, 2002) para avaliar os consumos de álcool e a Escala de Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade (EAGM) (Xavier & Paúl, 1996) para a exploração da vivência psicológica da gravidez.

O AUDIT é um instrumento desenvolvido pela OMS, tendo como propósito ser um método simples e de fácil aplicação para a avaliação do consumo de álcool excessivo (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001), permitindo respostas mais precisas quando comparado com outros instrumentos. É constituído por 10 questões e, de acordo com a pontuação, auxilia na identificação de 4 diferentes padrões de consumo: uso de baixo risco (consumo que provavelmente não levará a problemas), uso de risco (consumo que poderá levar a problemas), uso nocivo (consumo que provavelmente já tenha levado a problemas) e dependências. Estes 10 itens são avaliados através de uma escala tipo *Likert* de cinco pontos (0-4 ou 0-3) (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001). Na nossa equipa de investigação o AUDIT foi adaptado aos objetivos da investigação de forma a explorar os consumos antes e durante a gravidez. Ou seja, cada uma das suas questões foi subdividida em duas, sendo que a primeira se refere ao período da vida antes da gravidez, e a segunda ao período da gravidez atual, de modo a registar informações quanto às duas circunstâncias. Esta versão apresenta, pois, dois totais, um para os consumos antes da gravidez atual e outro para os consumos durante a gravidez atual). Destacamos a importância do 1º item e o 2º item, que dizem respeito à frequência de consumo de bebidas que contém álcool e à quantidade de bebidas alcoólicas consumidas num dia normal, respetivamente.

Tabela 3. Níveis de Risco do AUDIT

Nível de Risco	Pontuação do AUDIT
Nível I- Bebedores abstinentes e de baixo risco	0-7
Nível II- Bebedores de risco	8-15
Nível III- Bebedores com consumo nocivo	16-19
Nível IV- Bebedores dependentes	20-40

Visto que se pretende explorar as dimensões da vivência psicológica da gravidez optou-se por um instrumento construído e validado para as grávidas portuguesas que explora estas dimensões - Escala de Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade (EAGM) (Xavier & Paúl,1996). Esta escala, destinada a mulheres grávidas, é constituída por 42 itens, avaliados através de uma escala de tipo *Likert* de 4 pontos, (1 - “Sempre”, 2 - “Muitas vezes”, 3 - “Poucas Vezes” e 4 - “Nunca”) – organizados em 7 subescalas: a subescala “O Filho Imaginado”, que diz respeito ao acompanhamento do alvorecer da vinculação e à antecipação dos cuidados após o nascimento do bebé, a subescala “Boa Mãe” descrevendo a perspetiva da maternidade imbuída do ideal da mãe protetora e capaz de responder às necessidades do seu filho, “Gravidez como Fator de Mudança/Crescimento Pessoal” que explora a forma como cada mulher vivência o período da gravidez, as alterações na sua vida mental e dos papéis sociais, a subescala “Aspetos Difíceis da Gravidez/Maternidade” que aborda a forma como a mulher vivencia os aspetos considerados mais difíceis do processo gravídico, a subescala “Relação com a Própria Mãe” que analisa a forma como a grávida está a viver esta relação, tendo em conta que as suas próprias experiências de vinculação, a subescala “Apoio do Marido/Companheiro” que aborda a forma como a mulher vive a relação com o marido/companheiro durante a gravidez, e a subescala “Imagem Corporal e Necessidade de Dependência” de forma a explorar o modo como a mulher grávida lida com as alterações físicas e os sentimentos de dependência. Este instrumento possui qualidades psicométricas, ao nível da fidelidade, consistência interna, fiabilidade, validade de conteúdo e validade discriminativa (Xavier, Paul & Sousa, 2001).

É importante destacar que a vantagem desta escala é o facto ter sido construída e validada através de uma amostra de mulheres grávidas portuguesas (Xavier, Paúl e Sousa, 2001). Na apresentação da escala os autores (Xavier, Paúl, & Sousa, não publicado) referem os seguintes valores de *alpha de Cronbach* para cada subescala: “O Filho Imaginado”- 0,76, “Boa Mãe” 0,72, “Gravidez como Fator de Mudança/Crescimento Pessoal – 0,75, “Aspetos Difíceis da Gravidez/Maternidade” – 0,71, “Relação com a Própria Mãe” – 0,79, “Apoio do Marido/Companheiro” – 0,68 e “Imagem Corporal e “Necessidade de Dependência” – 0,58. No nosso estudo os valores foram respetivamente: 0,97; 0,64; 0,90; 0,68; 0,92; 0,88; 0,64

2.3 Procedimentos

2.3.1. Procedimentos de recolha de dados

Todas as participantes responderam a um Questionário Online realizado a partir da plataforma *Google Forms*. Recorreu-se à rede social *Facebook* de modo a aceder a mulheres grávidas que cumpriam os critérios de inclusão (mulheres grávidas portuguesas, utilizadoras da internet). Com a devida autorização, o questionário foi publicado em mais de 30 grupos que integram mulheres grávidas desta rede entre Julho de 2018 e Abril de 2019. O *link* do Questionário foi também distribuído através de contactos formais com Centros de Saúde (Cuidados de Saúde Primários) que são parceiros da equipa neste projeto e ainda disponibilizado via internet (e-mail e redes sociais) a contactos particulares/individuais. A recolha de dados online, considera-se uma opção viável no nosso estudo, pois não poderemos deixar de referir o facto de estarmos a abordar um tema sensível, marcado por questões sociais e culturais. Tal como referimos inicialmente, a decisão que tomamos em realizar a recolha de dados online surge também no sentido em as mulheres procuram informação online, principalmente junto de comunidades virtuais como são os grupos do *Facebook*. Consideramos então que este seria um bom caminho para fazer chegar o convite para a participação no presente estudo.

2.3.2. Procedimentos de tratamento de dados

No que concerne aos dados recolhidos, foi efetuada uma análise quantitativa. Como se recorreu a uma plataforma online, os dados foram automaticamente registados após o preenchimento do questionário. Utilizou-se o programa de tratamento estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) não só como base de dados, mas também para a sua análise, de modo a responder aos objetivos do trabalho e a aceitar ou refutar hipóteses. A estatística inferencial engloba todos os testes estatísticos – de associações e de diferenças – que nos permitirão explorar associações ou diferenças (Martins, 2011).

Os testes de associação permitem avaliar se duas (ou mais) variáveis têm alguma relação entre si (Martins, 2011). Por outras palavras, este grupo de testes permite-nos averiguar se a variação de uma variável está associada à variação de outra(s) (Martins, 2011). Os testes de diferenças permitem-nos explorar a existência

de diferenças entre grupos independentes, ou, alternativamente, diferenças entre momentos temporais ou condições experimentais diferentes. Foi realizado o teste de Qui-Quadrado que permite avaliar uma associação de duas variáveis nominais. O Teste de Wilcoxon permitiu-nos comparar uma mesma variável em dois momentos temporais. Foi utilizado também o teste T para amostras independentes de modo a averiguar se as médias da variável dependente nos dois grupos em comparação diferem significativamente uma da outra. Por fim utilizamos a análise correlacional (Correlação de Spearman) de forma a explorar a associação entre os consumos de álcool das mulheres grávidas e as dimensões da vivência psicológica da gravidez.

3. Resultados

Seguindo a ordem dos objetivos do trabalho, começamos por apresentar os dados referentes aos consumos descritos antes da gravidez. Das 369 grávidas 85,4% referem consumos de bebidas com álcool antes da gravidez.

Considerando os níveis de risco em que o AUDIT se organiza, os dados obtidos foram:

Tabela 4. AUDIT - Níveis de Risco Antes da Gravidez

Nível de Risco	N	%
I	312	89,7
II	35	10,1
III	0	0
IV	1	0,3

Verifica-se que nesta amostra, no que diz respeito ao período anterior à gravidez, a maior parte das mulheres (89,7%) são bebedoras abstinentes e de baixo risco, sendo que o segundo valor mais elevado (10,1%) diz respeito a bebedoras de risco.

Seguidamente exploram-se associações entre as características sociodemográficas das participantes do estudo e o consumo de álcool antes da gravidez.

Tabela 5. Características Sociodemográficas e Consumo de Álcool Antes da Gravidez

	Consumo de Álcool Antes da Gravidez		Teste Estatístico
	Não (14,6%)	Sim (85,4%)	Qui Quadrado
Idade			
Até 20	10,0% (n=1)	90,0% (n=9)	4,39
21 a 24	26,3% (n=5)	73,7% (n=14)	
25 a 29	16,8% (n=20)	83,2% (n=99)	
30 a 34	14,4% (n=6)	85,6% (n=119)	
35 a 39	9,1% (n=6)	90,9% (n=60)	
40 ou mais	12,5% (n=2)	86,5% (n=14)	
Escolaridade			
2º ou 3º Ciclo Ensino Básico	53,3% (n=8)	46,7% (n=7)	24,96***
Ensino Secundário	19,7% (n=23)	80,3% (n=94)	
Licenciatura ou Mestrado	9,7% (n=22)	90,3% (n=204)	
Doutoramento	9,1% (n=1)	90,9% (n=10)	
Situação Laboral			
Empregada	13,3% (n=40)	86,7% (n=260)	2,17
Desempregada	20,3% (n=14)	79,7% (n=55)	
Estado Civil			
Solteira	12,5% (n=7)	87,5% (n=49)	1,37
Casada	16,1% (n=26)	83,9% (n=135)	
Divorciada	0,0% (n=0)	100,0% (n=5)	
União de Facto	14,3% (n=21)	85,7% (n=126)	

*** $p < .001$

São encontradas associações estatisticamente fortemente significativas no que diz respeito à escolaridade das participantes e consumos de álcool, sendo que a maior parte das mulheres que não consome álcool antes da gravidez apresenta o ensino secundário (19,7%), e a maioria das mulheres que consome indica ter uma licenciatura ou mestrado (90,3%).

Em seguida, são exibidos os dados referentes ao período da gravidez. Das 369 grávidas 20,3% (n=75) referem consumos durante a gravidez e 79,7% (n=294) afirmam não consumir.

Tabela 6. Características Sociodemográficas e Consumo de Álcool Durante da Gravidez

	Consumo de Álcool Depois da Gravidez		Teste Estatístico
	Não (79,7%)	Sim (20,3%)	Qui Quadrado
Idade			
Até 20	90,0% (n=9)	10,0% (n=1)	5,78
21 a 24	84,2% (n=16)	15,8% (n=3)	
25 a 29	84,0% (n=100)	16,0% (n=19)	
30 a 34	77,4% (n=108)	22,3% (n=31)	
35 a 39	77,3% (n=51)	22,7% (n=15)	
40 ou mais	62,5% (n=10)	37,5% (n=6)	
Escolaridade			
2º ou 3º Ciclo Ensino Básico	93,3% (n=14)	6,7% (n=1)	2,87
Ensino Secundário	82,1% (n=96)	17,9% (n=21)	
Licenciatura ou Mestrado	77,4% (n=175)	22,6% (n=51)	
Doutoramento	8,1% (n=9)	18,2% (n=2)	
Situação Laboral			
Empregada	78,0% (n=234)	22,0% (n=66)	2,78
Desempregada	87,0% (n=60)	13,0% (n=9)	
Estado Civil			
Solteira	75,0% (n=42)	25,0% (n=14)	1,95
Casada	78,3% (n=126)	21,7% (n=35)	
Divorciada	80,0% (n=4)	20,0% (n=1)	
União de Facto	83,0% (n=122)	17,0% (n=25)	

Não se verificam associações estatisticamente significativas no que diz respeito às características sociodemográficas das participantes do estudo durante a gravidez e o consumo de álcool.

Seguidamente, são apresentadas na tabela 10 as características da gravidez durante o período gravídico comparando mulheres consumidoras e não consumidoras de bebidas alcoólicas.

Tabela 7. Características da Gravidez e Consumo de Álcool Durante a Gravidez

	Consumo de Álcool Durante a Gravidez		Teste Estatístico
	Não (79,7%)	Sim (20,3%)	Qui Quadrado
Acompanhamento Médico da Gravidez			
Centro de Saúde	83,6% (n=112)	16,4% (n=22)	23,56***
Médico Privado	59,5% (n=44)	40,5% (n=30)	
Ambos	85,7% (n=138)	14,3% (n=23)	
Fumar Durante da Gravidez (n=369)			
Não	84,3% (n=210)	15,7% (n=39)	0,70
Sim	78,9% (n=30)	21,1% (n=8)	
Planeamento Gravidez			0,91
Não	75,7% (n=56)	24,3% (n=18)	
Sim	80,7% (n=294)	19,3% (n=57)	

*** $p < .001$

Verificam-se associações estatisticamente fortemente significativas no que diz respeito ao acompanhamento médico da gravidez, sendo que a grande parte de grávidas que assumem consumir bebidas alcoólicas é acompanhada pela medicina privada durante a gravidez (40,5%). Relativamente às participantes não consumidoras de álcool durante a gravidez, a maioria é acompanhada tanto em centros de saúde como em médicos privados (85,7%).

Em seguida, considerando os níveis de risco em que o AUDIT se organiza, os dados obtidos durante a gravidez foram:

Tabela 8. AUDIT – Níveis de Risco Durante a Gravidez (n=348)

Nível de Risco	N	%
I	347	99,7
II	1	0,3
III	0	0
IV	0	0

Conclui-se que nesta amostra, no que diz respeito ao período da gravidez, a maior parte das mulheres que revelam beber (99,7%) são bebedoras, que, ao utilizarem-se os critérios do AUDIT (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001) seriam consideradas de baixo risco, sendo que apenas 0,03% (n=1) é considerada uma consumidora de risco.

O AUDIT integra um item específico sobre frequências de consumo (item 1). Na tabela 9 é apresentada a comparação dos valores obtidos antes (AUDIT) e durante (AUDIT.G) a gravidez.

Tabela 9. AUDIT - frequências de consumo antes e durante a gravidez

	AUDIT (n= 348)	AUDIT.G (n=348)	
	Média (DP)	Média (DP)	z
Item 1 (Frequência de Consumo)	1,54 (0,99)	0,18 (0,46)	14,79***

*** $p < .001$

Comparando os resultados do item 1 do AUDIT e do AUDIT.G, conseguimos verificar que existem diferenças estatisticamente altamente significativas entre a frequência de consumo de bebidas alcoólicas antes e durante a gravidez, sendo que os valores são mais elevados na frequência antes da gravidez.

Tabela 10. AUDIT - quantidade de bebidas consumidas antes e durante a gravidez

	AUDIT (n=348)	AUDIT.G (n=348)	
	Média (DP)	Média (DP)	z
Item 2 (Quantidade de bebida que consome)	0,19 (0,35)	0,00 (0,00)	5,24***

*** $p < .001$

No que diz respeito à comparação do item 2 do AUDIT e do AUDIT.G, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente altamente significativas entre a quantidade de consumo de bebidas alcoólicas antes e durante a gravidez, sendo que os valores são mais elevados em termos de quantidade antes da gravidez.

No que concerne ainda aos valores totais do AUDIT quanto a consumos antes e durante a gravidez, obtivemos os valores ilustrados na Tabela 11.

Tabela 11. AUDIT TOTAL - antes e durante a gravidez

	AUDIT (n=315)	AUDIT.G (n=75)	z
	Média (DP)	Média (DP)	
AUDIT TOTAL	2,54 (2,55)	0,26 (0,74)	14,52***

Comparando os valores totais do AUDIT e do AUDIT.G, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre o total dos consumos antes da gravidez e durante a gravidez, sendo que os valores são mais elevados antes da gravidez.

Quanto às dimensões da vivência psicológica da gravidez, avaliadas pela EAGM, comparamos o subgrupo da nossa amostra que identificamos como consumindo bebidas com álcool durante a gravidez e o subgrupo das que não consomem (Tabela 12).

Tabela 12. EAGM – Associação de grávidas com consumos e sem consumos e as subescalas da EAGM

Subescalas	EAGM		
	Sem consumo	Com consumo	
	(n=294) Média (DP)	(n=75) Média (DP)	
“Filho Imaginado”	10,4 (5,75)	11,0 (6,19)	0,51
“Boa Mãe”	20,1 (3,99)	19,9 (3,99)	0,75
“Gravidez como Fator de Mudança/Crescimento Pessoal”	10,7 (4,48)	11,4 (4,46)	0,27
“Aspetos Difíceis da Gravidez/Maternidade”	21,5 (4,31)	21,7 (4,72)	0,74
“Relação com a Própria Mãe”	7,3 (3,51)	7,7 (3,73)	0,42
“Apoio do Marido/Companheiro”	6,4 (2,93)	6,6 (3,26)	0,59
“Imagem Corporal e Necessidade de Dependência”	8,7 (2,39)	8,7 (2,77)	0,97

Ao comparar o grupo de grávidas que revelou consumos durante a gravidez com o grupo que não revelou consumir, em cada uma das subescalas da EAGM, verificamos que não estão presentes diferenças estatisticamente significativas.

Por fim, procedeu-se à análise de correlações (correlação de Spearman) entre os resultados do AUDIT e as dimensões da vivência psicológica da gravidez (avaliadas com recurso à EAGM), no sentido de se procurarem correlações.

Tabela 13. Correlações entre o Consumo de Álcool e as subescalas da EAGM

Subescalas EAGM	AUDIT TOTAL	
“Filho Imaginado”	-0,07	0,17
“Boa Mãe”	0,03	0,05
“Gravidez como Fator de Mudança/Crescimento Pessoal”	-0,07	0,22
“Aspetos Difíceis da Gravidez/Maternidade”	0,09	0,09
“Relação com a Própria Mãe”	-0,03	0,58
“Apoio do Marido/Companheiro”	-0,06	0,31
“Imagem Corporal e Necessidade de Dependência”	-0,02	0,75

Os resultados da tabela 13 mostram-nos que não foram verificadas correlações significativas entre os valores de nenhuma subescala da EAGM e o consumo de bebidas alcoólicas.

4. Discussão

A investigação desenvolvida procura contribuir para um maior conhecimento dos padrões de consumo de álcool durante a gravidez em Portugal e compreender a sua relação com a vivência psicológica da gravidez. A amostra, recolhida online, foi constituída por 369 mulheres portuguesas grávidas.

A média de idades da amostra recolhida é de 30,7 com um desvio padrão de 5,05, sendo que a participante mais nova tem 18 anos e a participante com mais idade tem 52 anos. Estes dados são consistentes com a informação do PORDATA (2019), que indica que, em 2018, a idade média da mulher portuguesa no nascimento de um

filho foi 32,1. Os grupos etários entre 25-29 anos e 30-34 anos, são os que apresentam um número mais elevado de participantes, o que vai de encontro aos dados do PORDATA (2019), em que as taxas de fecundidade por grupos etários, em 2018, foram mais elevadas entre os 30-34 e de seguida entre os 25-29 anos. No que diz respeito ao nível de escolaridade, 61,2% refere habilitações literárias ao nível de uma Licenciatura ou Mestrado, seguidamente apresenta-se o ensino secundário como tendo o maior número de participantes (31,7%). No que concerne ao estado civil, 43,6% das inquiridas são casadas. Verificou-se que a maioria das participantes se encontra atualmente empregada (81,3%). De acordo com o PORDATA (2019) a taxa de desemprego nacional no sexo feminino é de 7,4%. Assim, a nossa amostra apresenta mais do dobro de mulheres desempregadas (18,7%) daquilo que é apresentado na estatística portuguesa. Este facto poderá estar relacionado com a decisão das mulheres de engravidar numa fase em que não estão a trabalhar. Tal provavelmente vai também de encontro aos dados relativos ao planeamento da gravidez que, na nossa amostra corresponde a 80,0%.

Relativamente às características da gravidez, é possível concluir que para a maioria das mulheres (N= 233) e com uma percentagem de amostra de 63,1%, da amostra esta é a primeira gravidez, sendo que estes dados são consensuais com o índice de fecundidade em Portugal, em 2018, de 1,41 (PORDATA, 2019). No que diz respeito aos antecedentes familiares ligados ao álcool, 26,9% das mulheres afirmam ter familiares que têm ou tiveram problemas com o álcool, sendo que 67,5% referiram não ter. Neste sentido, podemos supor que 26,9% das participantes mantêm contacto direto ou indireto com situações problemáticas de álcool, sendo que apesar do tipo de problemas não ser discriminado nem a real relação da grávida com a situação, o valor em si é representativo da preocupação nacional e internacional com os problemas associados ao consumo de álcool (e.g., de Melo, Barrias & Breda, 2001).

Quanto à primeira hipótese – Existem consumos de álcool antes da gravidez - os resultados obtidos indicam que 85,4% das mulheres consomem álcool antes da gravidez, sendo que este consumo diminui na gravidez. No que diz respeito aos níveis de risco considerados no AUDIT relativamente ao consumo de álcool antes da gravidez, a maioria das participantes do estudo que consome são bebedoras de baixo risco, o que muitas vezes é descrito como “consumo social”. Estes dados são consistentes com a prevalência de consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias, no IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas, em que o

grupo feminino apresenta uma percentagem de 37,1% (Balsa, Vital, & Urbano 2017). Os resultados obtidos permitem-nos, pois, aceitar a Hipótese 1.

Tendo em conta as variáveis sociodemográficas analisadas, encontraram-se associações significativas entre consumos e escolaridade, sendo que a maioria das mulheres que revelam consumos têm um nível de escolaridade mais elevado – licenciatura e mestrado. Estes dados corroboram resultados de outros estudos, nos quais um nível mais baixo de escolaridade constitui-se um fator de risco para o consumo de álcool durante a gravidez (e.g., Souza, Santos, & Oliveira, 2012).

Quanto à segunda hipótese – Existem consumos de álcool durante a gravidez - verifica-se que, mesmo considerando a recomendação de abstinência durante a gravidez (DGS, 2015), de acordo com os dados obtidos, 20,3% das mulheres grávidas consomem bebidas com álcool. Aceita-se, pois, a Hipótese 2. Se considerarmos os níveis de risco do AUDIT, a maior parte das mulheres que revelam beber são bebedoras de baixo risco (99,7%), sendo que apenas 0,03% (n=1) é considerada uma consumidora de risco. No entanto, este critério não deve ser aplicado quando à gravidez nos referimos, pois nesta circunstância não se conhece um nível seguro (DGS, 2015). Na linha de um princípio precaucionário (Mamluk et al., 2017), as indicações baseiam-se na total abstinência de álcool como medida preventiva (DGS, 2015). Estes dados estão de acordo com a pesquisa bibliográfica realizada que revela a existência de consumo de álcool em Portugal durante o período de gestação (e.g., SICAD, 2015; Xavier, Martins & Dias, não publicado), apesar de nem sempre coincidentes. Temos como exemplo um estudo recente da nossa equipa, realizado com mulheres grávidas do norte do país revelou que 17,5% das mulheres grávidas continuaram a beber durante gravidez (Xavier, Martins & Dias, não publicado).

O facto de nesta investigação ter sido utilizado um método de recolha de dados online, poderá ter contribuído de alguma forma para valores mais elevados, uma vez que o consumo de álcool durante a gravidez poderá estar associado a um estigma por parte da sociedade, sendo um tema sensível, e estas mulheres poderão ter sido mais verdadeiras nas respostas a um questionário na internet, sem a presença física de um investigador e com a vantagem de gerirem as circunstâncias da sua participação.

Não obstante dos esforços das políticas de saúde pública nacionais e internacionais e suas diretrizes para reduzir ou eliminar o consumo do álcool durante a gravidez, um elevado número das mulheres grávidas continua a consumir álcool, notavelmente na Europa (Popova, Lang, Probst, Gmel, & Rehm, 2017). A OMS

recomenda, a abstinência total do álcool durante a gravidez (pelo facto de se desconhecerem se existem limites seguros para o consumo de álcool) (OMS, 2006). Neste sentido, os resultados apresentados podem ser interpretados como negativos visto que revelam que existem mulheres que não cumprem estas indicações. Um trabalho qualitativo (e.g., Hoffmeister, 2016) da nossa equipa mostrou que as mulheres têm muitas vezes informação errada e/ou limitada, o que poderá estar relacionado com o não cumprimento das indicações.

Seguidamente é realizada a discussão da terceira hipótese – Existem diferenças entre os consumos antes e durante a gravidez. Na nossa amostra, 14,6% não consome álcool antes da gravidez e a maioria (85,4%) consome, e no período de gestação 79,7% não consome álcool e 20,3% descreve consumos. Também nos valores totais do AUDIT encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os valores totais do AUDIT antes e durante a gravidez, sendo que os valores são mais elevados antes da gravidez. Também são patentes diferenças estatisticamente significativas entre consumos antes da gravidez e durante gravidez nos itens 1 e 2 do AUDIT, indicando não só diminuição de frequência de consumos na gravidez como a diminuição da quantidade (315 mulheres referem nunca/nenhuma na questão sobre frequência e 33 descrevem uma ou duas bebidas contendo álcool num só dia). Os dados permitem-nos, pois, confirmar a hipótese. Estes dados são consensuais com a literatura, nomeadamente com um dos estudos da nossa equipa de investigação, realizado com mulheres grávidas do norte do país revela que existem mulheres a manterem os consumos de álcool durante gravidez (Xavier, Martins, & Dias, não publicado).

De acordo com a bibliografia explorada, um dos fatores facilitadores do consumo de álcool na gravidez parece ser o padrão de consumo de álcool anterior à gravidez (Skagerstrøm et al., 2011). Outros fatores dizem respeito à exposição da mulher grávida a abusos ou violência, à quantidade de álcool consumida, à frequência de consumo e à fase da gravidez (Skagerstrøm et al., 2011). Apesar de os resultados poderem ser vistos como positivos, uma vez que a maioria das participantes afirma não ter consumido álcool desde que tomaram conhecimento da gravidez, ainda existe uma percentagem considerável que o faz (20,3%). São, mais uma vez, dados que alertam para a necessidade de incrementar a qualidade da prevenção (Committee on Prevention of Mental Disorders, 1994) no sentido de evitar circunstâncias de vida pré-

natal que estão descritas como de risco para o desenvolvimento de PEA (e.g., Popova et al., 2017)

Quanto à quarta hipótese – Existem diferenças entre as mulheres que descrevem consumos de álcool na gravidez e as que descrevem não consumir no que diz respeito às características sociodemográficas da gravidez – não foram encontradas associações, entre consumo/não consumo e qualquer das variáveis analisadas: idade, escolaridade, situação laboral e estado civil, sendo a hipótese refutada. Embora não tenhamos encontrado relações, outros trabalhos realizados noutros países assinalam que os consumos durante a gravidez estão associados a variáveis sociodemográficas como a idade, a escolaridade ou outras variáveis que não estão integradas no nosso estudo, como por exemplo situações de violência doméstica (e.g., Skagerstrøm et al., 2011)

No que diz respeito à quinta hipótese - Existem diferenças entre as mulheres que descrevem consumos de álcool na gravidez e as que descrevem não consumir no que diz respeito às características da gravidez – foram consideradas as seguintes variáveis: tipo de acompanhamento da gravidez, planeamento da gravidez e hábitos tabágicos na gravidez. Identificou-se uma associação entre o tipo de acompanhamento da gravidez e consumos, sendo que a maioria das grávidas que revela consumos de álcool é acompanhada exclusivamente por um médico privado e as participantes que descrevem não beber, realizam o acompanhamento da gravidez exclusivamente no âmbito dos cuidados de saúde primários ou em ambos os locais. Quanto às outras variáveis, não se encontraram valores significativos pelo que é possível aceitar parcialmente a hipótese. Estes dados fazem-nos crer que nas instituições de saúde privada estas questões não sejam tão exploradas com as mulheres grávidas, mesmo existindo linhas orientadoras como, por exemplo, o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015). Os dados obtidos são importantes, no sentido em que nos permitem conhecer esta realidade, tornando-se fundamental que os profissionais de saúde forneçam informações relevantes sobre os riscos do consumo, explicando cuidadosamente as razões pelas quais as diretrizes atuais existem e encorajando as mulheres a segui-las. Para além disso, um estudo australiano realizado com profissionais de saúde, revelou que as mulheres consideram que estes são a melhor fonte de informação sobre o consumo de álcool durante a gravidez e esperam por aconselhamento (Payne. Et al., 2011). Segundo Hoffmeister (2016), num estudo realizado pela nossa equipa,

com o objetivo de explorar as perspectivas das mulheres grávidas face ao consumo de álcool durante a gravidez, foi possível constatar que existe falta de informação neste âmbito, revelando que as mulheres grávidas, no que diz respeito ao conhecimento específico sobre as consequências do consumo do álcool na gravidez, possuíam ausência de conhecimento, ou conhecimento vago e por vezes errado, sendo que todas as participantes desconheciam as linhas orientadoras no âmbito do consumo do álcool durante a gravidez. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, é fundamental uma abordagem com ações multidisciplinares, que incluam o direito a informações sobre os riscos do uso de álcool na gravidez, bem como a implementação de estratégias de prevenção entre mulheres em idade fértil (OMS, 2014).

Ao tentarmos compreender que fatores poderão estar relacionados com os consumos de álcool na gravidez, consideramos importante explorar as dimensões da vivência psicológica da gravidez. É neste enquadramento que se organizou a sexta hipótese - Existem diferenças quanto à vivência psicológica da gravidez entre mulheres que descrevam consumos e as que descrevem não consumir, durante a gravidez. Quando comparamos o grupo consumidoras de álcool identificadas antes e durante a gravidez com as dimensões da vivência psicológica da gravidez parecem não existir associações. Face aos resultados obtidos não podemos aceitar a hipótese

Por fim, e quanto à sétima hipótese - Existem correlações entre dimensões psicológica da gravidez e o consumo de álcool – não foram encontradas correlações significativas, não havendo assim aceitação desta hipótese. Tanto quanto é do nosso conhecimento, não existem trabalhos que explorem as dimensões psicologia gravidez juntamente com o consumo álcool. No entanto, observando os resultados obtidos, parece que estas dimensões não estarão associadas, pelo menos considerando estes dois instrumentos, ao consumo de álcool durante o período gravídico.

Conclusão

Como já referido anteriormente, o consumo de álcool durante o período gravídico está no centro de vários estudos (e.g., Popova, Lange, Probst, Gmel, & Rehm, 2017). Neste sentido, com este trabalho procurou-se contribuir para um maior conhecimento dos padrões de consumo de álcool durante a gravidez em Portugal e compreender a sua relação com a vivência psicológica da gravidez. Vários estudos têm vindo a revelar os resultados negativos para o desenvolvimento relacionados com

a exposição pré-natal ao álcool nomeadamente a quantidades moderadas e elevadas. Embora os resultados de trabalhos em que se analisam as consequências da exposição a doses mínimas sejam inconclusivos (e.g., OMS, 2016), atualmente considera-se que os danos que o álcool provoca no feto resultantes de consumos na gravidez são potencialmente permanentes e irreversíveis (e.g., Grinfeld, 2009; Popova et al., 2016).

Os nossos dados confirmam a existência de consumo de álcool durante a gravidez em mulheres grávidas portuguesas e que apesar de a maioria das participantes serem bebedoras de pequenas quantidades e baixa frequência, este seu comportamento durante a gravidez deve ser considerado preocupante, à luz das indicações nacionais e internacionais (e.g., DGS, 2015; Popova et al., 2017). A identificação de padrões de consumo com características diferentes relacionados com o tipo de acompanhamento da gravidez, constitui-se um sinal de alerta para investigar a informação que está a ser transmitida às grávidas em relação aos efeitos do álcool. Sugerimos, pois, um maior investimento na investigação científica nesta área.

Ao nível da prevenção, de acordo com a OMS, é fundamental uma abordagem com ações multidisciplinares, devendo incluir o direito a informações sobre os riscos do consumo de álcool durante a gravidez, a implementação de estratégias de prevenção e apoio às escolhas saudáveis sobre o uso de substâncias entre mulheres em idade fértil pelos sistemas de saúde (OMS, 2014). Portanto, é também importante que os profissionais de saúde forneçam informações relevantes sobre os riscos do uso e não apenas o abuso de álcool, explicando as razões pelas quais as diretrizes atuais existem. Neste sentido, para o desenvolvimento de estratégias de prevenção, é importante conhecer a realidade destes consumos, limitação que o presente estudo pretendeu ajudar a superar. Face ao facto de, no nosso país, a informação sobre o tema ser escassa, com amostras reduzidas e/ou localizadas em regiões demográficas específicas (e.g., Balsa, Vital, & Urbano 2017; SICAD, 2015), o facto de este ser o primeiro estudo integrando uma amostra que se distribui pelo país, deverá ser visto como uma mais valia. Para além disso, este parece ser o primeiro estudo nacional sobre o tema em que se recorre a uma amostra online. Não podemos deixar de referir o facto de estarmos a abordar um tema sensível, marcado por questões sociais e culturais, pelo que consideramos que a escolha de um método recolha de dados online foi vantajoso para o conhecimento da realidade dos consumos neste período da gravidez.

No presente estudo, procuramos explorar associações entre o consumo de álcool e as dimensões da vivência psicológica da gravidez. Sendo um período que faz parte do desenvolvimento do ciclo de vida, envolvendo reestruturação e reajustes em várias dimensões (e.g., Xavier, 2000), poderíamos supor que existe uma relação entre estas dimensões e os consumos de álcool. No entanto, os dados obtidos não permitiam identificar essas relações. Futuros estudos nesta área serão com certeza importantes para o esclarecimento desta potencial relação.

Uma das limitações deste estudo corresponde à amostra, por não ser estatisticamente representativa da distribuição de mulheres grávidas pelo país em geral. Neste sentido, sendo esta temática tão pertinente, uma vez que se relaciona também com questões sociais para além do foco individual, sugere-se que se continue com esta linha de investigação de forma a aumentar a amostra, uma vez que existe a constatação da limitação de dados nacionais.

Parece-nos também importante continuar a recolha de dados para obtenção de mais informação que permita que se assuma (ou não) a existência de uma correlação entre a vivência psicológica da gravidez enquanto avaliada pela EAGM e os consumos de álcool no período de gestação. A necessidade de se continuar este tipo de investigações, destaca-se pela importância de intervir/prevenir adequadamente a este nível. Espera-se que os resultados obtidos neste trabalho venham a ser um contributo neste caminho.

Referências Bibliográficas

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *The alcohol use disorders identification test (AUDIT): Guidelines for use in primary care*. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse.

Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2018). IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17.

Bech, M., & Kristensen, M. B. (2009). *Differential response rates in postal and Web-based surveys in older respondents*. In *Survey Research Methods* (Vol. 3, No. 1, pp. 1-6).

Best, S. J., Krueger, B., Hubbard, C., & Smith, A. (2001). *An assessment of the generalizability of Internet surveys*. *Social Science Computer Review*, 19(2), 131-145.

Booth-Kewley, S., Larson, G., Miyoshi, D., (2007). *Social desirability effects on computerized and paper-and-pencil questionnaires*. *Computers in Human Behavior*. 23, 463–477. doi: 10.1016/j.chb.2004.10.020 2005.

Cabral, L. D. R. (2004). *Alcoolismo juvenil*. *Millenium*, 172-188.

Canavarro, M. C. (2001). *Gravidez e maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento*. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.

Coles, C. D., Gailey, A. R., Mulle, J. G., Kable, J. A., Lynch, M. E., & Jones, K. L. (2016). *A comparison among 5 methods for the clinical diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 40, 1000–1009. doi:10.1111/acer.13032

Colman, L.L. & Colman, A.D. (1994). *Gravidez - A Experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.

Cunha, J. (2002). *Validação da versão portuguesa dos Questionários AUDIT e Five-Shot para identificação de consumo excessivo de álcool*. Lisboa: Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul.

de Melo, M. L. M., Barrias, J., & da Silva Breda, J. J. R. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Direção Geral de Saúde.
Demmark

Denny, L., Coles, S., & Blitz, R. (2017). *Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Spectrum Disorders*. *American family physician*, 96(8).

Dillman, D. A. (2011). *Mail and Internet surveys: The tailored design method-2007 Update with new Internet, visual, and mixed-mode guide*. John Wiley & Sons.

Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: www.dgs.pt

European Alcohol Policy Alliance. (2011). Protecting the unborn baby from alcohol, policy debate (7th September Parliament Report) Retrieved May 22, 2013.

European surveillance of congenital anomalies website database. (2012). Cases and prevalence (per 10,000 births) for all full member registries from 2007 to 2011 (Prevalence tables). Retrieved May 22, 2013, from <http://www.eurocatnetwork.eu/accessprevalencedata/prevalencetables>.

Fonseca, M. (2008). *Álcool e gravidez*. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 24(2), 277-80.

Grinfeld, H. (2009). *Consumo nocivo de álcool durante a gravidez. Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual*. São Paulo: Manole, 8(3), 179-99.

Grinfeld, H. (2010). *Alcoolismo feminino durante a gestação*. In: Segre, C. A. M. (Ed.) *Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido*. São Paulo, Sociedade de Pediatria de São Paulo, pp. 31-37.

Hoffmeister, K., & Xavier, M. R. (2018). *Consumo de álcool durante a gravidez - Percepção de mulheres grávidas relativamente à informação disponível (Estudo exploratório qualitativo)*. In *Actas do 3º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses, Lisboa, 28 Setembro 2016 a 1 de Outubro 2016* (pp. 637-647). Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Humeniuk, R. E., Henry-Edwards, S., Ali, R. L., & Meena, S. (2010). *Self-help strategies for cutting down or stopping substance use: a guide*. Geneva: World Health Organization, 41.

Huntington, A., Gilmour, J., Schluter, P., Tuckett, A., Bogossian, F., & Turner, C. (2009). *The Internet as a research site: establishment of a web-based longitudinal study of the nursing and midwifery workforce in three countries*. *Journal of advanced nursing*, 65(6), 1309-1317.

Institute of Medicine (US) (1994). *Committee on Prevention of Mental Disorders*. Washington (DC): National Academies Press (US).

Instituto da Droga e da Toxicodependência (2011) *Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Jones, K.L., Smith, D.W. & Streissguth, P. (1973). Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *Lancet*, 1, 1267-1271.

Keegan, J., Parva, M., Finnegan, M., Gerson, A., Bendel, M. (2007). *Addiction in Pregnancy*. *Journal of Addictive Diseases*, 29, 175–191.

Lagan, B.M., Sinclair, M., Kernohan, W.G., 2010. *Internet use in pregnancy informs women's decision making: a web-based survey*. *Birth* 37, 106–115

Lagan, B.M., Sinclair, M., Kernohan, W.G., 2011. *A Web-based survey of midwives' perceptions of women using the Internet in pregnancy: a global phenomenon*. *Midwifery* 27, 273–281.

López, M. B., & Arán-Filippetti, V. (2014). *Consecuencias de la exposición prenatal al alcohol: desarrollo histórico de la investigación y evolución de las recomendaciones*. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 65(2), 162-173.

Lundsberg, L.S., Illuzzi, J.L., Belanger, K., Triche, E.W. Bracken, M.B. (2015). *Low-to-moderate prenatal alcohol consumption and the risk of selected birth outcomes: a prospective cohort study*. *Annals of Epidemiology*, 25, 46-54.

Mamluk, L., Edwards, H. B., Savović, J., Leach, V., Jones, T., Moore, T. H., ... & Smith, G. D. (2017). Low alcohol consumption and pregnancy and childhood outcomes: time to change guidelines indicating apparently 'safe' levels of alcohol during pregnancy? A systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 7(7), e015410.

Martins, C. (2011). Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir. *Braga: Psiquilíbrios Edições*.

Meireles, A., & Costa, M. E. (2004). A experiência da gravidez: o corpo grávido, a relação com a mãe, a percepção de mudança e a relação com o bebé. *Psicologia*, 18(2), 75-98.

Monforte, M., & Mineiro, A. (2006). As vivências da mulher durante a gravidez. *Nursing (Ed. Portuguesa)*, 17-23.

O'Connell, M. E., Boat, T., & Warner, K. E. (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities* (Vol. 7). Washington, DC: National Academies Press.

Pinto, E., Severo, M., Correia, S., Silva, I. D. S., Lopes, C., & Barros, H. (2010). Validity and reproducibility of a semi-quantitative food frequency questionnaire for use among portuguese pregnant women. *Maternal & child nutrition*, 6(2), 105-119.

Popova, S., Lange, S., Probst, C., Gmel, G., & Rehm, J. (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(3), e290-e299.

Popova, S., Lange, S., Probst, C., Parunashvili, N., & Rehm, J. (2017). Prevalence of alcohol consumption during pregnancy and Fetal Alcohol Spectrum Disorders among the general and Aboriginal populations in Canada and the United States. *European journal of medical genetics*, 60(1), 32-48.

Popova, S., Lange, S., Shield, K., Mihic, A., Chudley, A. E., Mukherjee, R. A. & Rehm, J. (2016). Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 387(10022), 978-987.

PORDATA (2019). Nascimentos e fecundidade. Retrieved from <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+natalidade-527>

Sarman, I. (2018). Review shows that early foetal alcohol exposure may cause adverse effects even when the mother consumes low levels. *Acta Paediatrica*, 107(6), 938-941.

Schmidt, W. C. (1997). World-Wide Web survey research: Benefits, potential problems, and solutions. *Behavior research methods, instruments, & computers*, 29(2), 274-279.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2015). O Consumo de álcool na Gravidez. Lisboa, Portugal.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Lisboa.

Skagerstrøm, J., Chang, G., & Nilsen, P. (2011). Predictors of drinking during pregnancy: a systematic review. *Journal of Womens Health*, 20(6): 901-13.

Slomian, J., Bruyère, O., Reginster, J. Y., & Emonts, P. (2017). The internet as a source of information used by women after childbirth to meet their need for information: A web-based survey. *Midwifery*, 48, 46-52.

Souza, L. H. R. F. D., Santos, M. C. D., & Oliveira, L. C. M. D. (2012). Padrão do consumo de álcool em gestantes atendidas em um hospital público universitário e fatores de risco associados.

Terluin, B., Brouwers, E. P., Marchand, M. A., & de Vet, H. C. (2018). Assessing the equivalence of Web-based and paper-and-pencil questionnaires using differential item and test functioning (DIF and DTF) analysis: a case of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ). *Quality of Life Research*, 1-10.

OMS (2005). Framework for Alcohol Policy in the European Region. Copenhagen: WHO/Regional Office for Europe.

OMS (2006). Framework for alcohol policy in the WHO European Region.

OMS (2014). *Global Status Report on alcohol and health 2014*. Switzerland.

OMS (2016). *Prevention of harm caused by alcohol exposure in pregnancy*.

OMS (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Switzerland.

OMS (2014). *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*. WHO Library Cataloguing in.

Xavier, M. R. (2002). Avaliação neurocomportamental dos primeiros tempos de vida de um grupo de crianças exposto a substâncias ilícitas durante a gestação. *Saber (e) Educar*, 7, 51-65.

Xavier, M. R. & Paúl, M.C. (1996). Construção e validação de uma escala de atitudes sobre a gravidez e a maternidade. L.S. Almeida, S. Araújo, C.

Xavier, M. R., Dias, P., Veiga, E., Silva, R. & Gordinho, C. (2015). Attitudes about pregnancy and motherhood and alcohol consumption in a group of Portuguese pregnant women. *Proceedings of the 17th European Conference on Development Psychology*, 134-135.

Xavier, M. R., Moreira, T., Gordinho, C., (2012). Alcohol use during pregnancy in a group of Portuguese women. (Enviado para publicação).

Xavier, M. R., Paul, M. C. & Sousa, L. (2001). Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (cedido pelos autores). Universidade do Porto.

Xavier, M. R., Martins, C. & Dias, P. (em preparação). Alcohol and pregnancy – prevalence and predictors of a group of pregnant women from the North of Portugal.

Xavier, M.R. (2000). *Estatuto de risco das crianças expostas a substâncias ilícitas durante a gestação – as crianças que não podem dizer não*. Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Xavier, M.R., Dias, P., Martins, C. (2019). Alcohol use during pregnancy – a portuguese study. 8th International Conference on Fetal Alcohol Spectrum Disorder Syllabus Book. Vancouver: The University of British Columbia. P.34

ANEXOS

Consumo de Bebidas Alcoólicas e Vivência Psicológica da Gravidez

Um grupo de investigadores da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa está a desenvolver um estudo acerca do consumo de álcool durante a gravidez, tendo como objetivo aprofundar o conhecimento sobre os consumos de álcool durante a gravidez em Portugal e sua relação com a vivência psicológica da gravidez.

Se está GRÁVIDA e é PORTUGUESA, a sua colaboração é muito importante para o seguimento desta investigação.

Benefícios:

Este estudo não pressupõe qualquer pagamento ou benefício pela sua participação. No entanto, o mesmo contribuirá para um melhor conhecimento sobre os consumos de álcool na gravidez em Portugal e sua relação com a vivência psicológica da gravidez.

Riscos de participação:

Não existem riscos associados à participação neste estudo. Queremos garantir a privacidade, anonimato e confidencialidade das informações obtidas e para tal este formulário não terá identificação.

Confidencialidade:

Os dados recolhidos serão mantidos de forma confidencial, de acordo com a Lei vigente e serão guardados por um período de 5 anos. O investigador que terá acesso aos dados será apenas a responsável pelo estudo, sendo que poderá partilhá-los com outros investigadores da equipa (incluindo alunos de Mestrado a realizar as suas Dissertações). Tal como a investigadora responsável, todos os restantes investigadores da equipa (incluindo alunos de Mestrado) que tenham contacto com os dados comprometem-se a garantir a privacidade, anonimato e confidencialidade dos mesmos.

Contactos:

No caso de existir qualquer questão relativa ao estudo, poderá contactar a responsável através do seguinte email: mxavier@porto.ucp.pt

Aceitação de termos e condições:

Ao clicar em avançar, reconhece que leu e aceita os termos do estudo em questão.

Por favor responda apenas uma vez a este formulário. Por favor responda a TODAS as questões. O formulário é só para grávidas.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade.

*Obrigatório

1. Após leitura atenta e cuidadosa, aceito os termos acima explicitados *

Marcar apenas uma oval.

Li e aceito participar de forma voluntária no presente estudo

Dados Individuais

2. Data de preenchimento do Formulário *

Exemplo: 15 de dezembro de 2012

3. Idade *

4. Data de nascimento (da mãe) *

Exemplo: 15 de dezembro de 2012

Seção sem título

5. Estado civil *

Marcar apenas uma oval.

- Solteira
- Casada
- Divorciada
- Viúva
- União de Facto

6. Escolaridade *

Marcar apenas uma oval.

- 1º Ciclo Ensino Básico
- 2º Ciclo Ensino Básico
- 3º Ciclo Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

7. Profissão *

8. Situação Laboral *

Marcar apenas uma oval.

- Empregada
- Desempregada

9. Local Habitação - Distrito *

10. Local Habitação - Concelho *

11. **Número de filhos (sem contar com a presente gravidez) ***

12. **Número de gravidezes (sem contar com a presente) ***

13. **Tempo de gravidez (em semanas) ***

14. **Sexo do bebé ***

Marcar apenas uma oval.

Masculino

Feminino

Não sei

15. **A gravidez foi planeada ***

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

16. **Acompanhamento médico da Gravidez ***

Marque todas que se aplicam.

Médico privado (Medicina Privada)

Centro de Saúde (Serviços de Saúde Pública)

Ambos

17. **Antes desta gravidez fumava? ***

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

18. **Agora que está grávida, fuma ***

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

19. Fumou na(s) gravidez(es) anterior(es)?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

20. Bebeu bebidas com álcool na(s) gravidez(es) anterior(es)?

Consumo de álcool atual. Por favor especifique:

21. - Frequência do consumo *

Marcar apenas uma oval.

- Diário
 Fim de semana
 Ocasional
 Nunca

22. - Tipo de bebida?

23. - Em que situação(ões)?

24. - Que quantidade?

25. Existe alguém, na sua família que tem ou teve problemas por causa do consumo de álcool? *

Marcar apenas uma oval.

- Não
 Sim

26. Se sim, quem?

AUDIT

(Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001; Versão para estudo com mulheres grávidas portuguesas, Xavier, Pacala & Hoffmeister, 2014)

Responda às questões, assinalando com "X" na resposta que mais se aplica a si:

27. **1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? (antes desta gravidez) ***

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Uma vez por mês ou menos
- 2-4 vezes por mês
- 2-3 vezes por semana
- 4 ou mais vezes por semana

28. **- E desde que está grávida? ***

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Uma vez por mês ou menos
- 2-4 vezes por mês
- 2-3 vezes por semana
- 4 ou mais vezes por semana

29. **2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal? (antes desta gravidez) ***

Marcar apenas uma oval.

- Nenhuma/nunca
- 1 ou 2
- 3 ou 4
- 5 ou 6
- 7 a 9
- 10 ou mais

30. **- E desde que está grávida? ***

Marcar apenas uma oval.

- Nenhuma/nunca
- 1 ou 2
- 3 ou 4
- 5 ou 6
- 7 a 9
- 10 ou mais

31. **3. Com que frequência consome 6 bebidas ou mais numa única ocasião? (antes desta gravidez) ***

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Menos de 1 vez por mês
- Pelo menos 1 vez por mês
- 1 vez por semana
- Todos os dias ou quase

32. **- E desde que está grávida? ***

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Menos de 1 vez por mês
- Pelo menos 1 vez por mês
- 1 vez por semana
- Todos os dias ou quase

33. **4. Durante o último ano, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar? (antes desta gravidez) ***

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Menos de 1 vez por mês
- Pelo menos 1 vez por mês
- 1 vez por semana
- Todos os dias ou quase

34. **- E desde que está grávida? ***

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Menos de 1 vez por mês
- Pelo menos 1 vez por mês
- 1 vez por semana
- Todos os dias ou quase

35. **5. Durante o último ano, com que frequência não conseguiu fazer uma coisa a que se tinha comprometido devido às bebidas alcoólicas? (antes desta gravidez) ***

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Menos de 1 vez por mês
- Pelo menos 1 vez por mês
- 1 vez por semana
- Todos os dias ou quase

36. **- E desde que está grávida? ***

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Menos de 1 vez por mês
- Pelo menos 1 vez por mês
- 1 vez por semana
- Todos os dias ou quase

37. **6. Durante o último ano, quantas vezes lhe aconteceu ter necessidade de beber uma bebida alcoólica pela manhã, para se sentir bem, depois de beber muito no dia anterior? (antes desta gravidez) ***

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Menos de 1 vez por mês
- Pelo menos 1 vez por mês
- 1 vez por semana
- Todos os dias ou quase

38. **- E desde que está grávida? ***

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Menos de 1 vez por mês
- Pelo menos 1 vez por mês
- 1 vez por semana
- Todos os dias ou quase

39. **7. Durante o último ano, quantas vezes lhe aconteceu sentir-se culpado ou com remorsos depois de ter bebido? (antes desta gravidez) ***

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Menos de 1 vez por mês
- Pelo menos 1 vez por mês
- 1 vez por semana
- Todos os dias ou quase

40. **- E desde que está grávida? ***

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Menos de 1 vez por mês
- Pelo menos 1 vez por mês
- 1 vez por semana
- Todos os dias ou quase

41. **8. Durante o último ano, quantas vezes lhe aconteceu não se conseguir lembrar do que aconteceu na noite anterior por ter bebido? (antes desta gravidez) ***

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Menos de 1 vez por mês
- Pelo menos 1 vez por mês
- 1 vez por semana
- Todos os dias ou quase

42. **- E desde que está grávida? ***

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Menos de 1 vez por mês
- Pelo menos 1 vez por mês
- 1 vez por semana
- Todos os dias ou quase

43. **9. O facto de ter bebido já foi a causa de ferimentos em si próprio ou noutras pessoas? (antes desta gravidez) ***

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Sim, mas não no último ano
- Sim, durante o último ano

44. - E desde que está grávida? *

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
 Sim, mas não no último ano
 Sim, durante o último ano

45. 10. Alguma vez um familiar, amigo, médico ou outra pessoa ligada à saúde se preocupou com os seus hábitos de bebida ou sugeriu-lhe que reduzisse a bebida? (antes desta gravidez) *

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
 Sim, mas não no último ano
 Sim, durante o último ano

46. - E desde que está grávida? *

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
 Sim, mas não no último ano
 Sim, durante o último ano

EAGM - Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade

(Xavier, M.R., Paul, M.C., & Sousa, L., 2000)

Por favor, leia atentamente as afirmações que se seguem e responda rapidamente, de acordo com a primeira ideia que lhe ocorrer. Note que não há respostas certas ou erradas, é apenas uma questão de opinião.

Faça um círculo à volta do número que corresponde à sua opinião. Por favor responda a TODOS os itens.

1 - SEMPRE

2- MUITAS VEZES

3 - POUCAS VEZES

4 - NUNCA

47. 1. Penso que vou ser uma boa mãe *

Marcar apenas uma oval.

- 1 2 3 4
-

48. 2. Com a gravidez sinto-me mais responsável *

Marcar apenas uma oval.

- 1 2 3 4
-

49. **3. A gravidez é um período difícil na vida de uma mulher ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

50. **4. Desde que estou grávida que tenho necessidade de mais apoio ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

51. **5. Considero a minha própria mãe como uma verdadeira amiga ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

52. **6. Imagino-me a brincar com o meu filho ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

53. **7. O apoio do marido/companheiro é muito importante durante a gravidez ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

54. **8. Durante a gravidez tenho-me preocupado com o meu aspecto ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

55. **9. Os bebés são todos iguais no primeiro ano de vida ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

56. 10. Desde que estou grávida que me sinto mais próxima do meu marido/ companheiro *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

57. 11. Imagino-me a passear com o bebé ao colo *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

58. 12. Desde que se preste os cuidados básicos ao bebé, como dar-lhe de comer e mantê-lo limpo, tudo correrá bem *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

59. 13. A minha mãe compreendia os meus problemas e preocupações *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

60. 14. Estar grávida é um enorme desgaste psicológico *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

61. 15. O meu marido / companheiro tem ajudado durante a gravidez *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

62. 16. A gravidez está a fazer-me mudar para melhor *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

63. 17. Tenho pensado no futuro do meu bebé *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

64. 18. Uma criança põe uma mulher nervosa se esta tiver que estar com ela todo o dia *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

65. 19. Ter filhos altera a vida de uma mulher *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

66. 20. O pai não é importante para ajudar a criar o seu filho *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

67. 21. Desde que estou grávida sinto que o meu marido/companheiro compreende as minhas necessidades *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

68. 22. Desde que estou grávida que vejo a vida de forma diferente *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

69. 23. Uma boa mãe afasta as crianças das dificuldades da vida *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

70. 24. Este bebé vai alterar a minha vida *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

71. 25. O apoio do meu marido / companheiro tem sido muito importante durante a gravidez *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

72. 26. Imagino-me a brincar no jardim com o meu filho, quando ele for mais crescido *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

73. 27. É importante ser eu a ensinar o meu filho a usar o bacio/pote *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

74. 28. A gravidez faz-me sentir importante *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

75. 29. Desde que estou grávida que tenho necessidade de mais carinhos *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

76. 30. Depois do bebé nascer a minha vida vai mudar *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

77. **31. Imagino-me a mudar as fraldas ao meu bebé ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

78. **32. As avós têm mais tempo para olhar pelas crianças ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

79. **33. Estar grávida é um enorme desgaste físico ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

80. **34. Preocupo-me com a capacidade do meu marido / companheiro lidar com o bebé ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

81. **35. A minha mãe merece o meu respeito pela forma como me educou ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

82. **36. Tenho pensado como a gravidez é uma fase muito importante na minha vida ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

83. **37. A minha mãe não me ajudou tanto quanto eu necessitava ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

84. **38. Tenho pensado que depois do bebé nascer a minha vida vai mudar ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

85. **39. Estou preocupada com a minha capacidade para enfrentar o parto ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

86. **40. Durante a gravidez tenho-me preocupado em arranjar-me e vestir roupas bonitas ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

87. **41. Desde que estou grávida que me sinto uma pessoa diferente. ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

88. **42. A minha mãe fazia-me mimos ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Muito obrigada pela sua participação!
